

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS GENITAL¹

DR. JOSÉ TRINIDAD GONZÁLEZ GUTIÉRREZ²

Se hace hincapié en la necesidad de correcto diagnóstico para poder instituir adecuado tratamiento. El diagnóstico de certeza es aquél en que puede descubrirse el agente causal directa o indirectamente, como: *a)* Baciloscopía, eliminando la presencia de bacilos alcohol ácido resistentes saprofitos. *b)* Cultivo con presencia del germen vivo. *c)* Inoculación al cuyo. *d)* Pruebas inmunológicas buscando las fracciones antigénicas del bacilo tuberculoso. Para combatir este problema se dispone hasta el momento de los siguientes medicamentos principales: 1) Isoniacida del ácido isonicotínico: 8 a 10 mlgr. por kilo de peso y por día. 2) Acido para-amino-salicílico P.A.S.: 9 a 12 gr. combinado y 12 a 15 solo. 3) Estreptomicina: 1 gr. 3 veces a la semana.

Se considera menos importante la dosis que la combinación entre los medicamentos para evitar la multiplicación de cepas resistentes. La combinación más aconsejable en casos no quirúrgicos es la isoniácida-P.A.S. y la estreptomicina para pre y post-operatorio, o para casos de emergencia. (Gac. Méd. Méx. 97: 845, 1967)

TENEMOS LA impresión de que fuera de aquellos casos en que se hace tratamiento de prueba ante diagnóstico de presunción, pero sin justificación, la terapéutica específica debe dar principio en lo posible hasta haber agotado los medios diagnóstico necesarios para establecer la correcta etiología. Los más conocidos hasta el momento son los siguientes:

Biopsias lineales de endometrio a nivel de cuernos uterinos y fondo del útero, y en casos especiales legrado-biopsia, dado que la lesión de T. B. puede estar localizada en fracciones muy pequeñas del endometrio.¹ Estas biopsias de preferencia deben ser tomadas en época cercana a la menstruación o durante ella, por ser éste el tiempo en que más fácilmente acusan positividad. Otros como *James y Yaneva*, han encontrado mejores resultados con tomas hechas 3 o 4 días después de la regla. Si el clínico sospecha la T. B. G. debe insistir por 3

¹ Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina presentado en la sesión ordinaria del 26 de octubre de 1966.

² Académico correspondiente.

o 4 ciclos, no obstante el fracaso de la primera o segunda ocasiones.

Sin embargo, no hay que olvidar los hallazgos registrados por Muñoz Mireles y Young Solís,² los cuales encontraron que cuerpos extraños como talcolopodio, restos tisulares (placentarios o coágulos) —citólisis de tubos glandulares— infecciones microbianas y virales, así como moniliasis pueden producir folículos gigantes epitelioides, los cuales pueden confundirse con procesos tuberculosos. Esto traduce la no especificidad del hallazgo histológico en muchas ocasiones. Los reportes histológicos de sospecha deberán alentar al clínico hasta llegar a la comprobación.

Existe peligro de diseminación por este método, pero no obstante ello, es conveniente seguir utilizándolo en repetidas ocasiones, dado que es por esta vía que podemos llegar al diagnóstico de certeza, valiéndonos además de la baciloscopía, para lo cual podemos utilizar el material de legrado, el flujo vaginal, el sangrado menstrual e intermenstrual, así como el lavado endometrial antes y después de la regla.³

El cultivo del bacilo a través de los medios de Lowenstein Hansen o Petragrani en sangre sistémica durante las fiebres menstruales que según Caussi y Valli (reportados por Giménez Miranda),⁴ les dio 2½% de cultivos positivos. La inoculación al cuyo investigando la probable diseminación del microorganismo, el estudio radiográfico de útero y anexos,⁵ con medios de contraste acuoso u oleoso, la pelvineumografía, las pruebas inmunológicas,⁶ buscando las fracciones antigénicas del bacilo para descubrir el anticuerpo específico en

forma directa, la pelvioscopía, laparoscopia y laparotomía, etc.

La valorización correcta de los hallazgos y la secuencia de progresión, plantearán el tipo de terapéutica a utilizar.

Antes de iniciar el tratamiento de la TBG se hace indispensable dejar establecido con toda claridad dos entidades patológicas diferentes en su manejo, que se hace necesario reconocer e individualizar desde los albores del tratamiento, con el fin de no exponer innecesariamente a las enfermas afectas a sufrir terapéuticas prolongadas, deprimentes e incluso peligrosas, sin tener de antemano establecido el enfoque general del tratamiento. Me refiero a las siguientes eventualidades:

A. *Tuberculosis genital subclínica.*
O sea sin síntomas molestos o que llamen la atención de las enfermas, a no ser trastornos menstruales y en que el médico durante la exploración con el espejo y por el tacto bimanual, ya sea abdomino-vaginal o más bien abdomino-recto-vaginal, no encuentra más patología que un útero poco disminuido de tamaño y en ocasiones al parecer normal. O bien ovarios aumentados de volumen.

B. *Tuberculosis pélvica ostensible.*
En la cual, junto con el examen histopatológico del endometrio y el estudio bacteriológico positivos, se pueden constatar masas palpables poco dolorosas en los anexos.

Los primeros casos son tributarios por regla general del tratamiento médico y excepcionalmente por agravación o recaídas del tratamiento quirúrgico.

Los segundos caerán, por lo general, dentro de este último, como se verá más adelante, y el tratamiento médico intenso en ellos les será de utilidad sólo para reducir en lo posible las lesiones palpables. La indicación operatoria se planteará cuando dichas lesiones continúen estacionarias.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE CARÁCTER MÉDICO

En nuestro medio se disponen como medicamentos de base los siguientes:

1. Isoniacida del ácido isonicotínico.
2. Estreptomina.
3. Acido para-amino-salicílico (P.A.S.).

Existen otros medicamentos de importancia menor como:

1. La viocina (de acción semejante a la estreptomina, tanto en sus ventajas terapéuticas como en sus inconvenientes).
2. La cicloserina,⁷ con efectos y dosis semejantes a la isoniácida.
3. La pirazinamida, muy tóxica para el hígado y riñón, sólo debe aplicarse en tratamientos cortos (como protección pre y post-operatoria inmediatos).
4. La morfozinamida semejante a la anterior, menos tóxica y un poco más activa, sobre todo asociada a los tratamientos principales.
5. La kanamicina semejante en sus efectos a la estreptomina, la cual debe ser administrada ante el fracaso o sensibilidad despertada por la anterior⁶ y por tiempo limitado.

Otras drogas de efecto también importante con: neomicina, etionamida, tiosemicarbonas, cabriomicina, isoxil y terramicina. Ninguna de estas sustancias complementarias debe emplearse como tratamiento de fondo, sino en combinación con las principales.

POSOLOGÍA MÁS ACONSEJABLE

Estreptomina en forma de sulfato o pantotenato: 1 gr. 3 veces a la semana, muscular. La dehidroestreptomina no es recomendable por la lesión que produce al nervio auditivo.⁶

Isoniacida: 8 a 10 ml. por kilo de peso y por día. En casos de intolerancia gástrica, que casi siempre es pasajera, aplicarla a igual dosis por vía parenteral.⁶

P.A.S.: 9 a 12 gr. diarios (cuando se usa en combinación y 12 a 15 gr. cuando se da solo).⁶

Viocina: Administrarse en forma semejante a la estreptomina.

Cicloserina: Semejante a la isoniácida. Cuando más 500 ml. por día.

Pirazinamida: 500 ml. tres veces al día.

Morfozinamida: 2 a 3 gr. al día; 50 ml. por kilo de peso y por día.

Kanamicina: 3 gr. a la semana, de preferencia parenteral y por tiempo corto.

MEDICAMENTOS COADYUVANTES A LOS DE BASE

Después de impregnación por más de un mes con antibióticos y quimioterápicos es conveniente suministrar estrógenos y progestágenos en combinación con aquéllos y a dosis de amenorrea iatrogénica. Así como pequeñas dosis de

corticoides para abrir camino al medicamento antifímico. La prednisona debe darse por corto tiempo y en dosis progresivamente descendentes. No hay que olvidar lo lábil de las suprarrenales de estas enfermas. La T.B. peritoneal es muy sensible al tratamiento intensivo.

OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS ACONSEJABLES

Neumoperitoneo pélvico con oxígeno o aire.

Terapia con electroforesis de tuberculina que mejora la sensibilización de la enferma.⁸ Parvfenov, señalado por este mismo autor, introduce la tuberculina con ayuda de electroforesis. Este método al introducir el medicamento por medio de corriente continua crea un depósito cutáneo, el cual, según su autor, se elimina lentamente. La electroforesis con tuberculina extiende el arsenal de medios terapéuticos, sobre todo cuando la tuberculosis genital ocasiona dolores abdominales persistentes que no ceden a los medicamentos conocidos. La hidrotubación con estreptomycinina en solución de 250 c.c. de suero fisiológico, cuando los oviductos son permeables, ha dado buenos resultados en manos de la escuela alemana.⁹

Finalmente, hay que tomar en cuenta la necesidad del mejoramiento del estado general, a base de una dieta balanceada, reposo, transfusiones, vitaminas, anabólicos, etc. La prueba terapéutica podrá orientar acerca del origen de la enfermedad en casos dudosos.

En lo que respecta a la utilización de los medicamentos antifímicos, ha sido demostrado por la mayoría de los au-

tores que la acción de éstos es superior combinándolos entre sí,⁹ dado que al obrar juntos lo hacen bajo una acción "aditiva" y no "sinérgica". Además, de esta manera se disminuye notablemente la creación de bacterias resistentes.⁶ Se evita la destrucción de los medicamentos por el organismo (todos sabemos que el P.A.S. evita la acetilación de la isoniácida y su eliminación como cuerpo extraño), y teniendo todos ellos acciones diferentes sobre el foco tuberculoso aceleran su destrucción.

Lo lógico sería iniciar siempre todo tratamiento con los tres medicamentos principales, pero la experiencia nos aconseja reservar uno de ellos para la eventualidad de recaída o en tratamientos pre o postoperatorios.

Los efectos tóxicos de estos medicamentos son de todos conocidos y no nos detendremos en su enumeración.

En los casos en que se hace necesaria una resolución inmediata, la combinación de estreptomycinina-isoniácida y P. A. S. es aconsejable.

El tratamiento ambulatorio de la tuberculosis genital de mediana o avanzada intensidad, lleva en sí mismo un porcentaje de fracaso. Está demostrado que usando la combinación estreptomycinina-isoniácida, aparece más pronto la resistencia de las bacterias. En el P.A.S. no es tan importante la dosis como su correcta combinación.

Se deben usar siempre dosis *continuas suficientes e ininterrumpidas* del medicamento, por períodos no menores de un año, promedio dos; esto puede retardar la aparición de resistencia bacteriana.

En cuanto a la mejor combinación

de medicamentos, cada escuela opina de diferente manera: *a)* La escuela inglesa, con Sutherland, considera que la estreptomycinina P. A. S. dio 89% de éxitos y la isoniácida-P.A.S. solamente 85%.¹⁰ *b)* La escuela alemana usa estas combinaciones indiferentemente.⁹ *c)* La escuela rusa, con Turbakova,⁸ usa estreptomycinina más ftivácida o melácina (derivados de la isoniácida). *d)* La escuela de Budapest, con Gedeon,¹¹ ha observado mejor efecto con isoniácida-P.A.S., la cual les reportó casi un 40% más que la combinación estreptomycinina-P.A.S. *e)* La escuela americana: estreptomycinina-P.A.S., o las tres. *f)* La escuela sudamericana: estreptomycinina-isoniácida.

En lo personal me han impresionado en forma ostensible las observaciones de Taylor y Ritchis, citados por Gedeon,¹¹ las cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

En los tratamientos llevados a cabo con estreptomycinina y estreptomycinina-P.A.S., encontraron lo siguiente:

- 1) Se desarrolla en la zona epitelial de ciertos tubérculos una intensa fibrosis que dificulta los intercambios sanguíneos y la llegada de medicamentos específicos;
- 2) las células epiteliales y gigantes permanecen por largo tiempo sin cambio alguno;
- 3) el exudado se condensa con fibrosis;
- 4) las lesiones pequeñas se transforman igualmente en cicatrices duras y esclerosas;
- 5) el proceso es relativamente avascular;
- 6) la regeneración órgano-trópica de las células es muy escasa;
- 7) el tejido necrótico queda en su sitio, circundado por una cápsula fibrosa que puede después calcificarse.

Condiciones son todas ellas, completamente desfavorables para la reintegración funcional de los genitales altos.

En cambio, con la administración de isoniácida e isoniácida-P.A.S.: 1) Las lesiones frescas desaparecían por completo; 2) *observaron* "amplia vascularización con regeneración de vasos y congestión de los ya existentes"; 3) las células epiteliales vuelven a tomar su anterior forma "macrófaga". Dentro de ellas se observa vasculización, lo cual señala los lugares de absorción de partes necróticas; 4) se transforma el tejido tuberculoso y se nota la regeneración de los elementos de células órgano-trópicas; 5) aquí también la célula gigante persiste por largo tiempo; 6) sin embargo, cuando hay fibrosis, ésta no es comparable a la producida por la estreptomycinina.

Estas características son de utilidad para el planteamiento del tratamiento de las lesiones asintomáticas e inaparentes de los oviductos y endometrio, de las cuales puede esperarse la posibilidad de embarazo a término por la reestructuración, aunque sea parcial, del epitelio de la trompa que garantice permeabilidad. Las lesiones que curan por fibrosis o cicatrización no interesan para casos de esterilidad.¹²

Los hechos anteriormente enumerados hablan por sí solos de las ventajas del tratamiento isoniácida-P.A.S. Sin embargo, cada uno de ellos tiene su utilización e indicaciones precisas y queda a criterio y sagacidad del clínico usarlos en los momentos apropiados.

INCONVENIENTES DEL TRATAMIENTO
CON LOS MEDICAMENTOS QUE
ACTUALMENTE SE UTILIZAN

Los medicamentos antituberculosos hasta ahora conocidos, sólo tienen efectos bacteriostáticos y no bactericidas.¹¹

En procesos patológicos avanzados, el suministro del medicamento hasta el foco tuberculoso, queda impedido por la oclusión de vasos. Estos hechos pueden ser comprobados por la angiografía.

Los bacilos se refugian en los ganglios y vasos linfáticos, en donde no pueden ser fácilmente alcanzados. La estreptomycinina no afecta a los bacilos fagocitados por los grandes mononucleares. Junto con estos obstáculos mecánicos existen otros de naturaleza química, como la neutralización del efecto del medicamento (fosforilización de la isoniácida y su eliminación como cuerpo extraño). En los tejidos tuberculosos la acción medicamentosa queda restringida por la reacción ácida producida por enzimas y lípidos. Los elementos patógenos pueden estar reprimidos por años, pero en un momento determinado pueden adquirir su virulencia, pues los medicamentos sólo afectan en parte el metabolismo del bacilo y no producen su destrucción. Cuando cesa el efecto del medicamento tienden a reaparecer las alteraciones histopatológicas. Florey, citado por Matic, de Belgrado,¹³ considera que para que un agente quimioterápico pueda actuar con éxito contra la tuberculosis, tiene que poseer las siguientes características: 1) Capacidad de penetración en la zona vascularizada que rodea a la lesión; 2) poder de penetración a través de las paredes celu-

lares; 3) facilidad para atravesar la envoltura de los bacilos y destruirlos.

De acuerdo con estas características ideales, ¿qué armas se tienen para yugular esta infección? El mismo Florey hace su análisis: a) La estreptomycinina es eficaz en la zona vascularizada del proceso, pero en las células tiene una acción limitada; b) el P.A.S. no tiene acción intracelular; c) la isoniácida y sus derivados gracias a sus pequeñas moléculas pueden penetrar en algunos lugares y tener acción intracelular. *Pero en la zona libre caseificada y en los procesos extensivos no penetran ninguno de los tuberculostáticos conocidos.* De ahí que la presencia de estas últimas lesiones plantea siempre la necesidad de tratamiento quirúrgico. *Ahora bien, tratando de valorizar otros procedimientos se llega a las conclusiones siguientes:*

1. Se debe ser cauto al interpretar los resultados de los antiguos casos tratados con el método conservador o con el simple reposo, pues no se ha llevado a cabo en ningún lugar un control eficiente y prolongado.

2. No se puede hablar de curación definitiva si antes no se ha comprobado la presencia del bacilo al elaborar el diagnóstico clínico repetido.

3. Debemos recordar que la T.B. endometrial está presente en el 55 a 80% de los casos y las lesiones de los oviductos en el 95% de ellos, cuando menos en uno de los lados. La curación de las lesiones endometriales, por consiguiente, no garantiza la de los oviductos.

4. Los planes terapéuticos deben ser revalorizados cada tres meses.

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS
DE LA TUBERCULOSIS GENITAL

1. Reposo y mejoría del estado general.

Sin duda alguna que el reposo en el Hospital contribuye grandemente a la mejoría de estas enfermas, pero no por ello debe dejarse como tratamiento de fondo. Sutherland, en 49 enfermas que dejó como control (en reposo) de 109, encontró lo siguiente:¹⁴

a) 10 enfermas tuvieron que ser separadas del grupo por agravación.

b) 25 de ellas seguidas por un año, tenían lesiones activas en el endometrio.

c) Y 14 estudiadas por el mismo período, 8 tenían lesiones activas y 6 no tenían ningún signo.

Las transfusiones repetidas, la buena alimentación y la vitaminoterapia serán también coadyuvantes poderosos en el tratamiento, ya que aumentan la tolerancia a los medicamentos y disminuyen sus efectos secundarios.

La amenorrea iatrogénica con estrógenos-progestágenos por 4 meses en pacientes bien medicadas suele ser de gran ayuda, dado que facilitan la vascularización de la lesión y el mejor acceso del medicamento a las zonas afectas. Al mismo tiempo su notable efecto anabólico hace mejorar a la enferma. (No obstante que Birger Swedberg, señalado por Giménez Miranda,⁴ encontraron en cuyos diseminación de las lesiones al utilizar estos medicamentos.) Nosotros tenemos tres casos con embarazo normal a término en mujeres con tuberculosis exudativas a las cuales, junto con el tratamiento de fondo, se administraron

anovulatorias a la dosis y por el tiempo antes señalado.

TERAPIA CON RAYOS X
DE LA TUBERCULOSIS
GENITAL

Aunque este tipo de terapia ha perdido terreno como tratamiento de fondo, no deja de seguir teniendo un papel como coadyuvante terapéutico, dado las múltiples características¹² señaladas a continuación.

a) Es de gran valor en el tratamiento de las "secuelas patológicas" posteriores a la curación.

b) Sólo ella logra traspasar las barreras cicatrizadas del tejido tuberculoso.

c) Los rayos X no matan al bacilo a dosis terapéuticas, pero sí traspasan la capa lipoidea y trastornan su metabolismo.

d) Son bactericidas directos sobre otros microorganismos asociados (formándose bacterilisinias y aglutininas útiles al organismo).

e) Despiertan la liberación de la toxina tuberculosa y facilitan la formación de substancias antituberculosas.

f) Activan la defensa local del tejido conjuntivo.

g) Transforman la reacción ácida del tejido inflamado en alcalina, haciéndolo más vulnerable a los medicamentos.

h) Disminuyen el dolor al obrar sobre las terminaciones nerviosas del neurovegetativo.

i) Son de gran importancia en el postoperatorio.

j) El tejido granuloso lo desintegran y se forma tejido conjuntivo.

k) Al ser estimulantes del simpático ayudan a la absorción de productos inflamatorios.

CORTICOIDES

Durante los albores de estos medicamentos, los fracasos en el uso de los corticoides en la T.B. espantaron a los clínicos de aquel tiempo, los que lo declararon "tabú" para esta clase de enfermas. Sin embargo, con la aparición en el mercado de medicamentos más activos y con menores efectos secundarios, conocida su mejor acción y sus indicaciones precisas, han vuelto a entrar tímidamente en el arsenal terapéutico de estos padecimientos, sobre todo en casos avanzados o desesperados, a condición de que se den un mes después de iniciado tratamiento a saturación juntamente con antibióticos y quimioterápicos, y que éstos no hayan provocado antes resistencia bacteriana. (Las enfermas deben estar hospitalizadas por el peligro de aumento de la T.B. pulmonar o de úlceras sangrantes.)

TUBERCULINA

Este medicamento propuesto por A.P. Farfenov y señalado por Turbakova,⁸ aplicado por electroforesis produce una situación de desensibilización que se traduce en mejoría del estado general, desaparece gradualmente el estado depresivo y sobre todo el síndrome doloroso. En éste da también buenos resultados el neumoperitoneo con aire y con oxígeno.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMA

Son candidatos a tratamiento quirúrgico:

1. Todos los casos que no reaccionaron al tratamiento medicamentoso o que, incluso, empeoraron con él.
2. Tumores de los anexos claramente delimitados desde el comienzo.
3. Procesos tuberculosos extensos que sólo se consigue limitar con terapia medicamentosa.
4. Tumores residuales y dolor persistente.
5. Tuberculosis genital acompañada de fístulas.
6. Casos en los que el diagnóstico no pudo establecerse claramente antes de la operación.
7. Casos de mujeres enfermas crónicas, que a causa de exacerbaciones frecuentes no pueden trabajar ni atender sus labores hogareñas.

Deben desecharse las intervenciones quirúrgicas en que se respeten focos tuberculosos visibles. Si la enferma pasa de determinada edad, la intervención quirúrgica radical es la regla, máxime si es menopáusica. Las punciones y vaciamientos parciales siempre deben estar contraindicados por peligrosos, o practicarse sólo en casos especiales.

Con la combinación adecuada de los medicamentos antituberculosos, se pueden facilitar las condiciones operatorias y contrarrestar las secuelas postoperatorias.

En vista de que ninguno de los medicamentos antituberculosos conocidos puede atacar las colecciones caseosas,

la eliminación de ellos debe hacerse siempre por procedimientos quirúrgicos.

No tiene objeto practicar sólo salpingenectomía bilateral, cuando menos hay que extirpar el fondo del útero si el endometrio es negativo, o todo él si no ha logrado limpiarse con tratamiento médico.

Deben explorarse cuidadosamente los ovarios abriéndolos en dos partes hasta el íleo, antes de su conservación, y estar seguros de la ausencia de lesiones específicas que más tarde podrían ser causa de generalización.

No hay que olvidar que en las grandes estadísticas el embarazo normal se ha efectuado en el 0.89% de los casos, por lo tanto hay que ser liberal al extirpar oviductos con *lesiones evidentes* pues en el caso que se lograra su integración anatómica, la funcional estará definitivamente perdida.

Con un correcto tratamiento médico, la intervención quirúrgica evoluciona sin contratiempos mayores.

Desde el punto de vista social el tratamiento operatorio es mucho más corto, más económico, y el riesgo no es mayor que con el tratamiento médico, y la integración de la enferma a sus actividades normales es casi inmediata.

Además, en nuestro medio no se puede brindar tratamiento conservador bien llevado durante meses o años, a enfermas de clase económicamente débil.

RESULTADOS TARDÍOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Matic¹³ en 52 enfermas operadas constató la desaparición de lesiones tuberculosas después de varios años del tratamiento. Ni una sola de las pacien-

tes operadas necesitó ayuda posterior por lesiones de tuberculosis. Todas ellas estaban en condiciones de trabajar y llevar una vida normal.

En cambio las enfermas que recibieron tratamiento conservador, frecuentemente regresaron a la clínica para ser tratadas de nuevo (163 casos) y la mayoría de ellas no se sintió bien.

CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA T.B.G.

1. No se deben operar los casos en que la terapia medicamentosa adecuada tiene un buen pronóstico, como por ejemplo, las formas latentes de tuberculosis del endometrio.

2. Ni cuando hay en el organismo otras lesiones tuberculosas en evolución; no operarse en período febril, ni en casos de leucocitosis elevada.

3. También está contraindicada la intervención en procesos tuberculosos en extensión, que no se limitan con la terapia medicamentosa.

4. No debe recomendarse la operación de inmediato, a enfermas que se encuentran en buenas condiciones físicas y que llegaron a la clínica para investigación de esterilidad y en las cuales se descubrió casualmente tuberculosis latente del endometrio.

CONSIDERACIONES FINALES ACERCA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

a) Esta debe realizarse a tiempo, cuando se ha definido su indicación.

b) Los quimioterápicos y antibióticos, cuando no yugulan rápidamente el proceso, deben tornarse en coadyuvantes del tratamiento quirúrgico. Insistir

en ser conservador es exponer a la enferma a la aparición de cepas resistentes.

c) El tratamiento quirúrgico debe estar precedido de 3 a 6 meses de tratamiento médico adecuado y continuar éste por un año cuando menos.

d) El tratamiento quirúrgico reinstala rápidamente a la enferma a sus actividades normales.

e) Se hace necesaria la vigilancia y tratamiento de niñas y adolescentes en lo que respecta a tuberculosis, para evitar el gran número de casos silenciosos cuyo único síntoma es la esterilidad. En aquella edad es cuando se verifica la generalización del proceso.⁶

f) La decisión de si se debe proceder en forma radical o conservadora en el acto quirúrgico, dependerá de la edad de la enferma, de su resistencia física y de los hallazgos anatómicos.

REFERENCIAS

1. Alvarez Bravo, A.: *Diagnóstico de la tuberculosis genital femenina*. Rev. Ginec. Obst. Méx. I: 91, 1946.
2. Muñoz Mireles y Young Solís: *La tuberculosis genital femenina*. Comunicación personal. Abri, 1959.
3. Petescu, V., Aburel, E. y Condrea, H.: *Comparative data on the diagnostic methods in genital tuberculosis*. Zbl. Gyn. 80: 1508, 1958.
4. Giménez Miranda, M.: *El esterilólogo ante los problemas de esterilidad por tuberculosis genital en la mujer*. Leído en la III Reunión Anual de la Asoc. Mex. para el Estudio de la Fertilidad y la Reproducción Humana, julio 29, 1966.
5. Di Paola, G., Arrichi, L.: *Tratamiento de la T.B.C. genital*. Pren. Méd. Argentina. 45: 1955-1958.
6. Jiménez, M.: *Conclusiones de la mesa redonda sobre tuberculosis genital*. Asoc. Méx. para el Est. de la Fert. y la Reproduc. Hum. Ixtapan de la Sal, Jul. 1966.
7. Durando, C. y Bertoli, P. G.: *La ciclosterina nella terapia della tubercolosi genitale femminile*. Minerva, Gin., Tor., 11: 277, 1959.
8. Tasca, E.: *La proteína C. reattiva (PRC) in rapporto alla evoluzione della terapia della tubercolosi genitale femminile*. Q. Clin. Ostet., 14: 545, 1959.
9. Hahn, J.: *Intracavitary treatment in genital tuberculosis in women*. Geburtsh. & Frauenh. 19: 268, 1959.
10. Schaefer, G.: *Treatment of female genital tuberculosis*. Am. Rev. Tuberc. 75: 501, 1957.
11. Gedeon, G. y Belay, M.: *Current problems of the therapy of female genital tuberculosis*. Magy Nőorv. Lap. 20: 153, 1957.
12. Gedeon, G. y Molnar, R.: *Radiotherapy in female genital tuberculosis*. Magy Nőorv. Lap. 19: 301, 1956.
13. Lazic, M.: *Results of surgical therapy of female genital tuberculosis*. Srpski Arh. Celok, 86: 567, 1958.
14. Sutherland, A. M.: *The treatment of tuberculosis of the endometrium; A comparison of streptomycin and PAS with streptomycin and isoniazid*. J. Obst. Gyn. Brit. Empire, 65: 450, 1958.